

様式第5号（第19条関係）

稲城市宿泊助成金請求書

殿

稲城市契約旅館利用助成制度を利用し、下記のとおり助成金を請求します。

請求年月日	年 月 日
-------	-------

※太線の枠内のみ、記入してください。

利用代表者	〒 住所
	氏名 電話
宿泊先都市名 ※該当する都市に○	大空町 ・ フォスターシティ市 ・ 相馬市 ・ 野沢温泉村
宿泊施設名	
予約利用日	年 月 日 ～ 年 月 日（泊）

利用者名簿

	利用者氏名	住所・電話番号 ※在勤、在学要件の方は事業 所、学校の住所、名称、電話 を記入してください	年齢区分 ※当てはまるものに○	1泊当 たりの 助成額 (A)	助成 宿泊数 (B)	助成金額 (A)×(B)	備考
代表者		稲城市 電話	1. 大人（中学生～） 2. 小人（3歳～小学生） 3. 3歳未満	円	泊	円	
その他の利用者		稲城市 電話	1. 大人（中学生～） 2. 小人（3歳～小学生） 3. 3歳未満	円	泊	円	
		稲城市 電話	1. 大人（中学生～） 2. 小人（3歳～小学生） 3. 3歳未満	円	泊	円	
		稲城市 電話	1. 大人（中学生～） 2. 小人（3歳～小学生） 3. 3歳未満	泊	泊	円	
		稲城市 電話	1. 大人（中学生～） 2. 小人（3歳～小学生） 3. 3歳未満	泊	泊	円	
		稲城市 電話	1. 大人（中学生～） 2. 小人（3歳～小学生） 3. 3歳未満	泊	泊	円	
合計	人	大人 人・小人 人		助成金額合計		円	

【利用者の皆様へ】

助成宿泊数は年度単位での上限があるため、宿泊数が上限を超える場合や、年度内に本制度を既に利用された場合は、実際の宿泊数と助成宿泊数が一致しないことがあります。また、「1泊当たりの助成額（B）」が上限の助成金額となります。実際の宿泊料が「1泊当たりの助成額（B）」を下回った場合は、助成額は実際の宿泊料となります。